

## PROBLEMAS DE LA LEY DE SALUD MENTAL EN EL JAPON Y SUS PERSPECTIVAS EN OTROS PAISES

Dr. TADAHIKO SATO \*

PALABRAS CLAVE: *Ley — Salud Mental.*

KEY WORDS: *Law — Mental Health.*

*La actual Ley de Salud Mental en el Japón tiene cuatro características: Primero, constituye una Ley de Salud Pública; segundo de asistencia médica; tercero de Bienestar Social, y cuarto y más importante, se refiere a los sistemas de hospitalización de los pacientes. Es una Ley coactiva para las personas con trastornos mentales. Los problemas derivados de la Ley son, en relación a la definición de lo que es salud mental, las modalidades de hospitalización existentes, la restricción de las actividades y los derechos de los pacientes, el control de la comunidad y el derecho a recibir tratamiento. Frente a ello existen presiones de los pacientes, sus familiares, de los ciudadanos, profesionales médicos y otros para que se modifique la Ley de Salud Mental vigente.*

*Estos problemas constituyen hoy en día un tema de discusión y el proceso de su mejoramiento se ha generalizado, en el campo de la Salud Mental, a nivel mundial.*

### **The Mental Health Law and its Problems in Japan and its Perspectives Regarding Other Countries.**

*The present day Mental Health Law in Japan has four characteristics: First, is a public health law; second, it provides medical service; third, it provides social welfare; and the fourth and most important is in consideration to the system for patient hospitalization. It is a coercive law for the persons affected by mental disorders.*

*The problems of the are in relation with the definition of what mental health is, the existing modalities of hospitalization, the restriction of the activities and rights of the patients, the control in the community and the rights to receive treatment. Before this, there are pressures from the patients, their relatives, citizens in general, the medical professionals and others to modify the Mental Health Law.*

*These problems are today a matter of discussion and the process to overcome them have become a world-wide theme in the mental health field.*

---

\* Jefe de la Misión Japonesa (INSM), Lima). Departamento de Neuro-Psiquiatría, Facultad de Medicina, Keio University (Japón).

## I. Historia de la Ley de Salud Mental en el Japón

Antes de la Segunda Guerra Mundial, en el Japón regían dos disposiciones legales en materia de Salud Mental. Estas son: La Ley de Protección, Vigilancia y Atención de enfermos mentales decretada en 1900, y la Ley de Hospitales Mentales decretada en 1919; las cuales tenían varias deficiencias desde el punto de vista de los derechos humanos y de la asistencia médica. Como se puede observar, por ejemplo, en el cuidado del enfermo mental en su hogar, la Ley autorizaba a la familia a albergar al paciente en un ambiente aislado y cerrado bajo su responsabilidad.

Después de la guerra, el Japón pasaba por varias dificultades, tanto políticas, económicas como sociales y, a la vez, experimentaba una serie de cambios, reformas trascendentales y el proceso de democratización. Bajo estas circunstancias, en 1950 se decretó una nueva Ley de Salud Mental, suprimiéndose las dos antes mencionadas. Esta nueva Ley, que rige hasta la fecha, fue parcialmente modificada en 1965, a causa de que un joven con patología mental hirió al entonces Embajador norteamericano en Japón.

La Ley consta de 51 artículos y en base a ésta se establecen los reglamentos y resoluciones ministeriales, y es la base de la política, la administración y la asistencia médica en Salud Mental y Psiquiatría del Japón (7).

## II. Síntesis de la Ley de Salud Mental

A continuación haré una síntesis de la Ley de acuerdo al orden de sus artículos:

1º—La Ley tiene como objetivo la asistencia, protección y prevención de las personas con trastorno mental, así como salvaguardar y mejorar la Salud Mental de los pobladores, obligando al Estado y a las Entidades Públicas a reforzar las Instituciones asistenciales y de bienestar para la persona con trastornos mentales. (Artículos 1 y 2).

2º—Esta Ley define como persona con trastorno mental a los enfermos psicóticos, incluyendo psicosis por intoxicación, así como retardo mental y psicopatía, y aclara que sus alcances están destinados a este tipo de personas. (Artículo 3).

3º—La Ley obliga en principio, a cada Prefectura (equivalente a un Departamento en el Perú) establecer un hospital mental subsidiado en parte por el Estado. (Artículos 4 y 6).

4º—La Ley exige que la Prefectura esblezca un Centro de Salud Mental, cuyos gastos serán subsidiados por el Estado. (Artículos 7 y 8).

5º—Debe establecerse en cada Prefectura una Comisión de Salud Mental. (Artículos 13 y 14).

6º—La Ley autoriza al Ministerio de Salud a designar entre los psiquiatras a un grupo de consultores de Salud Mental, quienes juzgarán la necesidad de las hospitali-

zaciones de acuerdo a esta Ley. (Artículos 18 y 19).

7°—La Ley establece los requisitos para las personas (una especie de tutor o curador) que se harán cargo de las personas con trastornos mentales, y las responsabiliza del tratamiento, custodia y protección. (Artículos del 20 al 23).

8°—La Ley establece que cualquier persona, ya sea de la gente en común y/o de las Fuerzas Policiales, puede informar al Prefecto sobre alguna persona con trastorno mental o sospechosa de ello y solicitar su asistencia y protección. (Artículos del 23 al 26).

9°—En caso de que el Prefecto reciba este tipo de información o solicitud, la Ley lo autoriza a intervenir en la evaluación del estado de esa persona por medio de los consultores de salud mental, recurriendo a la fuerza si fuera necesario. (Artículos 27 y 28).

10°—La Ley establece la medida de hospitalización forzosa por orden del Prefecto si la considera necesaria, oyendo la opinión de los consultores de Salud Mental. (Artículo 29).

Este artículo constituye el eje principal de la Ley y contiene numerosos incisos.

Como se ha señalado anteriormente, cuando se reciba la información, solicitud o declaración de la gente o de un policía, de que se ha encontrado una persona con trastorno mental o sospechosa de ello, será el consultorio médico de salud mental el que lo examine. Si lo diagnosticara co-

mo tal y considerara que es necesaria su hospitalización para su atención médica y protección, debido a que existe la posibilidad de autoagresión o daño a terceros, el consultor podrá internarlo en un hospital Estatal, Prefectural u otro designado por el Prefecto. (Artículo 29, Inciso 1).

Para dicha hospitalización deberá coincidir el diagnóstico de los consultores médicos de salud mental. (Artículo 29, Inciso 2).

En los restantes textos de los Artículos 29, 30 y 31, la Ley establece disposiciones relativas a la protección de los derechos humanos en favor del enfermo y al pago de los gastos de hospitalización, que deberán ser efectuados por el Estado o la Prefectura.

En caso de emergencia, el Prefecto podrá hacer hospitalizar a un enfermo con el diagnóstico de un sólo consultor médico de salud mental y por un máximo de 48 horas.

11°—Según la Ley, la mitad de los gastos que ocasionen los pacientes que se atienden en forma ambulatoria deben ser pagados por el Estado y la Prefectura en partes proporcionales. El 50% restante corre a cargo de la familia del paciente. (Artículo 32).

12°—Asimismo, están establecidas dos formas de hospitalización forzosa: una, la hospitalización con consentimiento del tutor o curador; y otra, la hospitalización transitoria. (Artículos 33, 34, 35 y 36).

13°—El Director del Hospital

Mental está autorizado a imponer a los pacientes internados ciertas restricciones en sus actividades, y debe notificar a la policía acerca de los enfermos con posibilidad de autoagresión o daño a terceros, en el caso de que éstos se fuguen del hospital. (Artículos 38 y 39).

14°—La Ley establece que en cada Centro de Salud se debe emplear a un personal especializado, que realice consultoría en Salud Mental y que brinde orientaciones apropiadas a través de las visitas domiciliarias. (Artículos 42 y 43).

15°—La Ley establece la reclusión del enfermo en su hogar y la detención del mismo, las cuales eran admitidas antes de la guerra. (Artículo 48).

Tal vez el tema que me ha tocado presentar resulte algo complicado, pero ha sido mi intención resaltar los aspectos más importantes de esta Ley.

### III. *Características y Problemática de la Ley de Salud Mental*

Por lo que acabo de exponer, se puede entender que la Ley tiene cuatro características: en primer lugar esta Ley constituye una Ley de Salud Pública, en segundo lugar de Asistencia Médica, en tercero de Bienestar Social; todas ellas se encuentran especificadas en los Artículos 1 y 2 que he expuesto anteriormente sobre lo estipulado acerca del subsidio económico por el Estado o la Prefectura, como la disposición de la hospitalización o consulta ambulatoria. Sin embargo, la característica más importan-

te de la Ley son las medidas de los sistemas de hospitalización forzosa que están estipuladas en el Artículo 29 y la medida de hospitalización con consentimiento en el artículo 33. En este sentido, se puede considerar que esta Ley actúa como Ley de internamiento coactivo de las personas con trastornos mentales con el propósito de proteger a la sociedad.

Veamos ahora los puntos problemáticos de esta Ley de acuerdo a la síntesis que he presentado.

#### (1) Definición del término

##### Trastorno Mental:

Desde el punto de vista psiquiátrico, para definir los límites entre la normalidad y trastorno mental, no necesitamos recurrir a la tesis antipsiquiátrica, puesto que la definición misma resulta difícil.

Además, debemos ser sumamente cautelosos al momento de realizar el diagnóstico, puesto que una persona etiquetada como "con trastorno mental" estará condenada de por vida a enfrentar una serie de dificultades como prejuicios y discriminaciones.

Por consiguiente, este término deberá ser aclarado, ya que mediante esta Ley se establece el sistema de hospitalización forzosa. Sin embargo, debido a que no está claramente definido el concepto de psicopatía, resulta especialmente difícil considerarlo como ciencia médica; lo mismo ocurre con el concepto de trastorno de personalidad antisocial, existiendo el temor de que pueda ser aplicado a delin-

cuentas comunes o políticos que son la consecuencia de la patología social.

## (2) Modalidad de Hospitalización

2.1 En el área de la psiquiatría debería considerarse el deseo del paciente para su hospitalización voluntaria, como se respeta en otras áreas de la medicina, pero este aspecto no está señalado en la Ley.

2.2 Estando comprendida en el sistema de hospitalización forzosa tanto la medida de hospitalización por orden del Prefecto como la hospitalización con consentimiento de la persona responsable o tutor, la Ley no define con claridad las condiciones y trámites a seguir para la protección de los derechos del paciente y su seguridad en el internamiento.

2.3 La medida de hospitalización tiene la característica clara de internamiento forzoso por la necesidad de mantener el orden social, caso similar con la disposición para la consolidación del orden dado en el Código Penal, discutido en Europa desde el siglo 19. Por lo tanto, debe tomarse especial consideración en resguardo de los derechos humanos del paciente.

En el Japón actualmente 34 mil pacientes que corresponden aproximadamente al 10% del total de internados, están hospitalizados bajo esta medida.

Sin embargo, aprovechando la hospitalización gratuita muchas veces se interna a los enfermos no graves o pobres, señalándolos como personas peligrosas; esto constituye

una violación de los derechos humanos, puesto que dicha persona quedará etiquetada como "peligrosa".

Este problema se debe a que el mismo texto de la Ley es ambiguo y con esta definición no se puede determinar o pronosticar si existe o no la posibilidad de autoagresión o daño a terceros. Por otro lado, el derecho a reclamo por parte de los enfermos o familiares está menos garantizado que en el Código Penal. Por eso, se debe aclarar y determinar las normas de hospitalización con precisión. Paralelamente se debe crear un Comité imparcial y equitativo para que evalúe la necesidad de hospitalización (en cualquier caso) antes de que se ejecute dicha medida.

2.4 La hospitalización con consentimiento, desde el punto de vista del paciente, resulta una modalidad de hospitalización forzosa en la práctica. También en esto se pueden observar idénticos problemas, aun cuando exista el consentimiento de la familia o tutor. Aparte de ello, se puede señalar que en la hospitalización por consentimiento la tramitación es menos rigurosa, esto se debe a que se puede internar al paciente sólo con el diagnóstico de un médico y la decisión de la familia o tutor.

Igualmente, existen problemas tanto para determinar al tutor del paciente como para establecer hasta qué punto se puede asumir la responsabilidad en el caso de que la familia esté afrontando problemas económicos.

(3) Restricción en las Actividades del paciente y sus Derechos.

Como se ha mencionado anteriormente, el Artículo 38 de la Ley otorga al Director del Hospital Mental la facultad de imponer a los pacientes hospitalizados ciertas restricciones necesarias en sus actividades. Esta disposición otorga al Director "carta abierta", lo que constituye una causa de la violación de los Derechos Humanos del paciente.

El principal problema de esta disposición es que basándose en este Artículo, muchas veces la libertad de comunicación y entrevista del paciente con personas de fuera está restringida. El uso de psicotrópicos, las electroplexias, así como camisa de fuerza y los cuartos de aislamiento tienden a excederse, baja pretexto del estado de agitación del paciente en el pabellón.

Por lo tanto, actualmente está en discusión si el paciente debe tener derecho al rechazo de tratamientos aplicados en el pabellón como el electroshock, lobotomía del cerebro, etc. En otras palabras, se requieren estudios para determinar la manera de garantizar los derechos del paciente hospitalizado.

(4) Control en la Comunidad.

Del análisis de la Ley, se desprenden tres disposiciones: 1) que las informaciones, solicitudes o declaraciones pueden provenir de parte del público o de la policía, etc.; 2) que es obligación del Director notificar a la policía cuando

un paciente se fugue del hospital; y 3) que están autorizadas las visitas domiciliarias por el personal del Centro de Salud.

A través de estas disposiciones se cumple con el rol de protección a los pacientes, pero algunas veces actúan como sistema de vigilancia sobre los pacientes en la comunidad. Por lo tanto estas disposiciones también deben ser revisadas.

(5) Derecho a recibir tratamiento.

Si los pacientes pueden ser hospitalizados aun en contra de su voluntad, deberían también tener derecho a ser ampliamente entrevistados, tener acceso a todo tipo de tratamiento y ser rehabilitados. Sin embargo, la Ley no es clara en lo que se refiere especialmente a los pacientes crónicos, que con frecuencia son abandonados, sin recibir suficiente atención.

IV. *Nuevas Tendencias Mundiales en Leyes de Salud Mental*

En realidad, los problemas de la Ley de Salud Mental que he expuesto están vinculados con la legislación psiquiátrica global y no sólo los enfrenta el Japón, sino que también estos problemas constituyen hoy en día un tema de discusión en el campo de la Salud Mental a nivel mundial, y es así que los trabajos presentados por Ennuis Brus de los EE.UU. (1) y por J. Zutt de Alemania Federal (6) informan acerca de la realidad de estos países.

En el año 1972, en relación con

el caso del paciente Ricky Wyatt, internado en el Hospital Mental de Alabama, Estados Unidos (10, 11), la Corte Federal de los Estados Unidos ha dictado una sentencia que señala "El Estándar Constitucional mínimo para el tratamiento adecuado del paciente mental", (9) que contempla lo siguiente :

1) Aseguramiento adecuado de ambiente psicológico, físico y social. Tanto como el derecho a la vida privada; derecho a condiciones restrictivas mínimas; derecho a la visita y a la comunicación telefónica; derecho a la inviolabilidad de la correspondencia; derecho a no estar sometido a medicamentos innecesarios y excesivos, ni a la lobotomía y tratamiento electroconvulsivo; derecho al goce de facilidades físico humanas dentro del hospital.

2) Asegurar la dotación del número suficiente de personas calificadas para administrar el tratamiento adecuado.

3) Garantizar que los planes de tratamiento individualizado para cada paciente sea desarrollado por profesionales calificados.

En Hawai, la Asociación Psiquiátrica Mundial (APM), aprobó la Declaración de Hawai en 1977, que señala los derechos del paciente mental. Posteriormente, en 1980, el documento fue revisado por el grupo de la APM en Atenas (15, 16).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (WHO) publicó en 1977 un estudio realizado en 43 países sobre la realidad de las

Leyes de Salud Mental, titulado "The Law and mental Health: Harmonizing objectives" (4), el cual refleja la tendencia internacional. En este estudio se ha analizado la situación en el campo de la Salud Mental durante estos últimos 20 años y los cambios efectuados en las leyes de Salud Mental, como son :

1. La independencia de las naciones y la tendencia al reconocimiento de los derechos humanos.

2. Mejoramiento en la tecnología terapéutica.

3. Mejoramiento de las Instituciones de Salud Mental.

4. Desarrollo de la asistencia psiquiátrica en los países en vías de desarrollo.

5. Discordancia entre las leyes y la realidad.

Asimismo, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su 33 resolución del año 1977 acordó establecer los lineamientos para la protección de las personas que están privadas de su libertad por razones de trastorno mental, de manera que no sea violada su personalidad ni su integridad física e intelectual (5).

Conforme a este acuerdo, la Comisión elaboró en 1983 el proyecto denominado "Lineamiento, principios y garantías para la protección de las personas detenidas debido a insania o que sufren trastorno mental" (Guidance, principles and Guarantees for the protection of persons detained on ground of mental illhealth or suffering from

mental disorder), el mismo que fue remitido en consulta a los Gobiernos y Organizaciones especiales de todo el mundo y coleccionando luego sus opiniones (14).

En este Proyecto también están considerados puntos similares a los que he señalado anteriormente, es decir :

1. Derechos y libertades fundamentales del enfermo;
2. Internamiento en Hospital Mental;
3. Hospitalización forzosa;
4. Información a los pacientes y sus familiares;
5. Trámite de re-evaluaciones y reclamos;
6. Derecho a comunicación y entrevista, y
7. Otros derechos fundamentales.

Desde fines de la década del 60 hasta el 80, se han venido efectuando diversas modificaciones en las leyes dadas en países como Italia, Inglaterra y los Estados Unidos (en especial del Estado de California), etc., discutiéndose puntos similares.

Por ejemplo, en el caso de Inglaterra, entre los años 1981 y 1982 se debatió en el Congreso la modificación de la Ley de Salud Mental vigente desde 1959, habiéndose promulgado la nueva legislación en 1983 (8). Los principales puntos que fueron materia de debate en esa ocasión fueron : (12, 13).

1. Definición del término de "trastorno mental"; sobre este pun-

to se discutió si se incluía en éste el retardo mental y a la psicopatía.

2. Mejoramiento y aceleración de los trámites de hospitalización informal, es decir, hospitalización voluntaria.

3. Estrictez de los requisitos de la hospitalización forzosa y establecimiento del derecho de reclamo.

4. Estrictez de la seguridad personal del paciente durante la hospitalización de observación temporal.

5. Revisión del sistema de tutoría.

6. Revisión del rol del asistente social.

7. La forma de garantizar el derecho a rechazo de los tratamientos por el paciente.

8. Libertad de comunicación del paciente hospitalizado.

9. Derecho de apelar ante tribunal.

10. Trato adecuado a las personas con trastornos mentales que hayan cometido algún delito y derecho a protección policial.

11. Forma de establecer dentro del marco de la Ley otras medidas substitutivas de hospitalización, como vivienda, empleo, preparación para carreras cortas, asistencia médica, cuidados de enfermería y asistencia social, etc.

Igualmente, en el Ministerio de Salud del Japón se están haciendo revisiones para la modificación de la Ley de Salud Mental, estando en discusión varias opiniones y propuestas formuladas por la Asociación de Neuropsiquiatría y otras profesiones relacionadas con la



asistencia psiquiátrica, además de juristas y asociaciones de padres y de pacientes, etc. (3).

Es cierto que la Ley vigente ha venido siendo de utilidad, sin embargo considero que las modificaciones se darán orientadas a lo que he venido señalando. Establecer disposiciones realmente efectivas para la asistencia psiquiátrica es una tarea que queda por realizar.

Estoy informado que en el Perú no se dispone aún de una Ley de Salud Mental ni existe una legislación propia de psiquiatría; tan sólo en el Código Sanitario (2) se hace alguna referencia al tópico enfermo mental.

Por lo tanto pienso que la coordinación entre la legislación en el campo de asistencia psiquiátrica y la ley de salud mental será en el futuro un tema muy trascendente. Sin embargo, siendo el sistema legal diferente en cada país de acuerdo a su situación política, económica y social, esos problemas que el Japón y otros países han tenido que discutir, los enfrentará el Perú cuando intente arreglar el

sistema legal de asistencia psiquiátrica.

Para enfrentar esa situación se requiere:

En primer lugar, volviendo al inicio, es forzoso que se discuta sobre la urgencia de una Ley de Salud Mental y el por qué de esa necesidad.

En segundo lugar, al estudiar y mejorar una Ley de Salud Mental, es importante reflexionar cada punto como lo he hecho; pero al mismo tiempo es indispensable revisar la práctica médica in situ, para ir adecuándola a la realidad, según el grado de conciencia del factor humano y el sistema de seguridad y bienestar social vigente, porque cualquier Ley está sostenida por el elemento humano y por las condiciones infraestructurales.

En tercer lugar, un tema a considerarse en un futuro cercano sería el de los casos de armonía y de conflicto de pareceres entre la asistencia psiquiátrica y el Poder Judicial, a fin de evitar la intervención excesiva de éste.

R E F E R E N C I A S

1. ENNIS, B. (1972): *Prisoners of Psychiatry*. New York.
2. Código Sanitario, Decreto Ley N° 17505. Perú.
3. Congreso Nacional de Neuro-Psiquiatría Japonesa (70mo) (1974): Simposio "Ley de Salud Mental". *Psiquiatría et Neurología Japónica* 76: 779-886. (En japonés).
4. CURRAN, W. J. y HARDING, T. W. (1978): *The Law and Mental Health: Harmonizing objectives*, WHO; publicado originalmente en la revista: *International Digest of Health Legislation* 28: 725-885 (1977).
5. HIROTA, I. (1983): Comentario sobre "Report by Commission on Human Rights of United Nations". *Asistencia Psiquiátrica (Seishinirhyo)* 12: 143-148. (En japonés).
6. ZUTT, J. (1970): *Freiheitsverlust und Freiheitsentziehung*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
7. Ley de Salud Mental, Decreto-Ley N° 123, Japón, 1950. (En japonés).
8. Mental Health Act 1983, Inglaterra.
9. Minimum Constitutional Standards for Adequate Treatment of the Mentally Ill, 344 F. Supp. 373, 387 (M. D. Ala 1972). (Publicado en *Psychiatry and Law*. de Slovenko, R.).
10. SLOVENKO, R. (1983): *Psychiatry and Law*, p. 232-239. Little, Brown and Company, Boston.
11. TERASHIMA, S. (1975): Comentario sobre "Minimum Constitutional Standard for Adequate Treatment of the Mentally Ill". *Psiquiatría et Neurología Japónica* 77: 285-294. (En japonés).
12. TERASHIMA, S.: "Qué parte de la Ley de Salud Mental trataré de mejorar — el caso de Inglaterra" (1). *Asistencia Psiquiátrica (Seishinirhyo)* 11: 411-422 (1983) (en japonés)
13. TERASHIMA, S.: "Ibid" — "El caso de Inglaterra" (2). *Asistencia Psiquiátrica (Seishinirhyo)* 12: 24-34 (1983). (en japonés).
14. UN Economic and Social Council, E/CN.4 /Sub. 2/ 1983/ 17, 23 August, 1983.
15. "World Psychiatric Association, Proposed Declaration of Hawaii, 977" (1978): *Psychiatría et Neurología Japónica* 80: 311-315.
16. "World Psychiatric Association: Proposed Declaration of Hawaii. the revised form in Athens (1980)" (1981): *Psiquiatría et Neurología Japónica* 83: 188-195.

Dirección Postal

Shinanomachi 35, Shinjuku-ku

Tokyo 160

JAPON